

¿Cuál es el propósito de su visita hoy?

Por favor explique cualquier síntoma que usted haya tenido relacionado a la razón de su visita:

HISTORIAL MÉDICO

¿Qué problemas médicos tiene usted? por favor Incluya cualquier cosa por la cual ha sido hospitalizado, visto un médico o toma medicamentos:

¿Usted tiene o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? **POR FAVOR CIRCULE**

Anemia	Asma	Fibrilación Atrial	Problemas de Sangrado
Coágulos de Sangre	Cáncer	EPOC/Enfisema	Diabetes
Ataque del Corazón	Falla del Corazón	VIH/SIDA	Hepatitis
Alta Presión Sanguínea	Colesterol Alto	Enfermedad del Hígado	Pancreatitis
Úlceras	Colitis	Problemas del Tiroides	Otro:

¿Toma usted adelgazantes de la sangre (aspirina, ibuprofeno, aceite de pescado, Coumadin, etc.)? SI NO NOSE

¿Usted toma esteroides, infusiones biológicas, o inmunosupresores? SI NO NOSE

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Alguien de su familia tiene alguno de los siguientes? **POR FAVOR CIRCULE**

Anemia	Asma	Fibrilación Atrial	Problemas de Sangrado
Coágulos de Sangre	Cáncer	EPOC/Enfisema	Diabetes
Ataque del Corazón	Falla del Corazón	VIH/SIDA	Hepatitis
Alta Presión Sanguínea	Colesterol Alto	Enfermedad del Hígado	Pancreatitis
Úlceras	Colitis	Problemas del Tiroides	Otro:

HISTORIA QUIRÚRGICA

Por favor haga una lista del tipo de cirugía, año que fue hecha, hospital y nombre del cirujano.

HÁBITOS E HISTORIA SOCIAL

¿Utiliza tabaco de mascar? Sí No

¿Fuma actualmente? Sí No ¿Por cuántos años?

¿Utiliza vape actualmente? Sí No ¿Por cuántos años?

Si no. ¿Fumo usted en el pasado? Sí No ¿Por cuántos años?

Si sí, ¿qué fuma o fumaba en el pasado? Cigarros Puros Pipa Marihuana Otros

¿Cuántos paquetes fuma (ba) al día? < 1 1 2 3 o más

¿Desea parar? Sí No

¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en una semana normal? Ninguna 1-2 3-4 5-6 >6

¿Qué tipo de alcohol consume generalmente? Cerveza Vino Licor Otro

¿Utiliza usted alguna de las siguientes drogas? Opioides Marihuana Cocaína Éxtasis Meth Otras

¿Cuántos días por semana hace ejercicio? Nunca 1-2 3-4 Diario

¿Está interesado en perder peso? Sí No

¿Cuál es su estado civil? Soltero Casado Divorciado Viudo

¿Cuántos niños tiene? ¿Cuáles son sus edades?

¿Con quién vive?

¿Qué hacen para vivir?

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿ESTÁ USTED TENIENDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (POR FAVOR CIRCULE)

CONSTITUCIONAL	<input type="checkbox"/> N/A	Fiebre Escalofríos Aumento/Pérdida de peso Malestar/Cansancio Debilidad Insomnio Tensión
PIEL	<input type="checkbox"/> N/A	Erupción Comezón Cambios en la piel Cambios en el pelo Cambios en las unas ictericia
OÍDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA	<input type="checkbox"/> N/A	Dolores de oído Pérdida de oído Sonido en oídos sangrado de nariz Problemas de sinusitis Resfríos frecuentes Problemas dentales Dolor de garganta ronquedad Usa Dentaduras
OJOS	<input type="checkbox"/> N/A	Lentes Lentes de contactos Problemas de la visión
CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> N/A	Dolor de pecho Latido del corazón irregular o rápido Extremidades frías Entumecimiento Debilidad Varices Flebitis Hinchazón de la pierna Dolencia al caminar
RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/> N/A	Tos Falta de aire escupir sangre Asma/ sibilancias
GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> N/A	Pérdida de apetito Náusea Vomito Diarrea Estreñimiento Cambio en hábitos del baño Sangre en el excremento Incontinencia Ardor de estómago Reflujo
GENITOURINARIO	<input type="checkbox"/> N/A	Orinar frecuente Dolor o ardor al orinar Incontinencia Piedras de riñón Cambios en la fuerza o chorro Enfermedad venérea
MUSCULOESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/> N/A	Dolor común Hinchazón común Debilidad muscular Dolor de espalda
ENDOCRINA	<input type="checkbox"/> N/A	Problema hormonal Sed u Orina excesiva Intolerancia al frío o calor
NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> N/A	Dolores de cabeza Cabeza Volada Mareo Convulsiones Parálisis Cambie en el habla
PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> N/A	Pérdida de memoria Confusión Nerviosismo Ansiedad Depresión
HEME/LINFÁTICO	<input type="checkbox"/> N/A	Reducción en Sanar Después de Cortadas Anemia Transfusiones de sangre Sangrado/ Moretones Glándulas Inflamadas
ALERGIA INMUNOLÓGICA	<input type="checkbox"/> N/A	Alergias Hepatitis VIH SIDA Infección Crónica
SENO	<input type="checkbox"/> N/A	Dolor del pecho Masa en el Seno Descarga del Pezón sangrado Cambios en la piel sobre los senos
HOMBRES SOLAMENTE	<input type="checkbox"/> N/A	Dolor testicular Problemas de la próstata
MUJERES SOLAMENTE	<input type="checkbox"/> N/A	Su Último Periodo Menstrual: Edad Cuando Tuvo Su Primer Período: Edad Cuando Tuvo Su Primer Embarazo: ¿Alguna Vez Tuvo Una Biopsia Del Seno? # Embarazos: # Tiempo Completo : # Abortos Involuntarios: ¿Usted dio pecho?

¿Hay algo por lo cual está particularmente preocupado durante esta visita de hoy?

¿Hay alguna otra información que le gustaría compartir que no está cubierta arriba? Por favor sienta se con confianza de comentar en lo que le trae aquí el día de hoy.